

KÉRDŐÍV KONTRASZTANYAGOS CT VIZSGÁLATHOZ

Páciens neve:.....

Születési idő:..... **TAJ száma:**.....

Magassága:..... **Súlya:**.....

Kapott-e korábban CT/Röntgen vizsgálatnál intravénás kontrasztanyagot? Igen -
Nem Ha igen, voltak-e allergiás tünetei?.....

Van-e cukorbetegsége?..... Igen - Nem

Ha igen, milyen gyógyszereket szed?.....

(Adebit, Adimet, Avandamet, Competact, Eucreas, Formet, Glucient, Gluforlyn XR, Janumet, Jentaducto,
Komboglyze, Meforal, Meglucon, Merckformin, Metfogamma, Metformin, Metrivin, Mylmet, Normaglyc, Stadamet,
Velmetia, Vipdomet, Xigduo)

Van-e gyógyszer érzékenysége?.....Igen - Nem

Ha igen, mi:.....

Van-e asztmája?.....Igen - Nem

Van-e szívbetegsége?..... Igen - Nem

Ha igen, mi:.....

Van-e magas vérnyomása?Igen - Nem

Van-e pajzsmirigy túlműködése (hyperthyreosisa)?.....Igen - Nem

Van-e vesebetegsége?.....Igen - Nem

Van-e egyéb betegsége és/vagy fertőző betegsége?.....Igen - Nem

(Myeloma multiplex, myasthenia gravis, TBC, hepatitis B, HIV.....)

Ha igen, mi az:.....

Van-e vérértékenysége?..... Igen - Nem

Terhesség fennáll-e?..... Igen - Nem

Szoptat-e?..... Igen - Nem

Beleegyezem abba, hogy rajtam, illetve a felügyeletem alá tartozó hozzátartozómon a
CT vizsgálatot elvégezzék és az eddigi leleteimet és zárójelentéseimet lemásolják.

Beleegyezem az intravénás kontrasztanyag beadásához.

Budapest, 20.....év..... hónap..... nap

.....
Orvos/Operátor aláírása

.....
Páciens aláírása